

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院2」を適用して審査を実施した。

## ■ 認定の種別

書面審査および11月15日～11月16日に実施した訪問審査の結果、以下のとおりとなりました。

機能種別	一般病院2	認定
------	-------	----

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院2  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は船橋病院として1981年に上尾医科中央グループの11番目の病院として開設し、1999年に船橋総合病院と名称変更された。その後、2013年に新築移転し、療養環境の向上と診療機能の充実を図り、現在に至っている。

近隣エリアは都市開発が進み、船橋市の人口は増加傾向にある中、地域の要望に対応し、透析ベッドの増床やCT撮影装置の増設などハード面の対応も随時行ってきた。地域の患者が安心して最後まで医療を受けられることを基本とし、急性期医療だけでなく、回復期リハビリテーション病床や障害者病床を設置している。

今回の病院機能評価受審は4回目の受審であり、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の対応で多忙中にも関わらず、幹部、職員が協働して、診療・ケア等の質の向上や、前回の審査結果をもとに継続的に改善活動を取組んだ結果が随所に見受けられた。今回の受審結果をもとに、課題として見受けられたものには組織的な改善活動を継続し、さらなる機能の向上に努められ、貴院がますます発展されることを期待したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念および基本方針は明文化され、院内掲示、ホームページ、病院案内、入院案内、広報誌等で患者・家族へ周知に努めている。幹部職員は病院運営の課題を的確に把握し、目標達成や課題解決に向けてリーダーシップを発揮している。幹部会で5年計画の中・長期計画を策定し、その内容に基づいて年次事業計画を策定し、年次計画に基づいて各部署が年次目標を策定している。継続的に病院運営を行うためにBCP計画が策定され、組織的に取り組む体制を整備している。電子カルテシステ

ムが導入され、情報管理に関する体制が整備され有効に活用している。文書管理規程に基づき、全ての文書が適切に管理されている。

人事・労務管理に必要な各種の規程を整備し、計画的な採用を継続し、人員確保と労働環境改善に効果を発揮している。職員の安全衛生管理では、職業感染予防などが積極的に行われている。職員意識調査アンケートや職員専用の意見箱等で職員の意見・要望は把握され、福利厚生への配慮も適切に行われている。

全職員への教育・研修は、様々な取り組み・工夫により参加率向上に努めている。人事考課制度が導入され、能力評価・能力開発に取り組んでいる。また、専門資格取得への支援や法人グループでの研修、勉強会にも適切に取り組まれている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は、見直し検討が定期的に行われ、ホームページや院内掲示等に分かりやすく掲載している。説明と同意に関する指針を定め、同意が必要な検査・処置・手術などの範囲や説明内容などを明文化している。患者参加を促すために、めに、患者自身の氏名を名乗ることやネームバンドの装着の協力などについて説明している。さらに、DVD・模型・パンフレットなどを用いて患者が理解を深めることができるように工夫している。患者相談窓口を設置し、患者・家族に周知され、専門性を持った職種により適切な患者支援体制を整備している。個人情報保護では方針・規程等が定められ、診察・検査時や療養中のプライバシーにも配慮されている。主要な倫理的課題として、診療拒否・輸血拒否・DNAR などについて対応をマニュアルとして整備し、現場で解決できない場合は倫理委員会で検討する仕組みがあり、実績もある。

病院の立地条件が良く、利便性に配慮され、生活延長上に必要な設備やサービスが整備されている。院内はバリアフリー化されており、患者が利用する廊下、階段、トイレおよび浴室には手摺りを設置し、視覚障害の方への配慮として玄関付近には点字ブロックを設置するなど、高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。院内は整理・整頓が行き届き清潔感を保っており、良好な療養環境に努めている。敷地内禁煙であり、職員の喫煙率も毎年低下している。

### 4. 医療の質

患者・家族からの意見・要望を収集する目的で院内各所に意見箱を設置し、組織的に対応している。患者満足度調査の結果もサービス向上委員会で改善策の検討・実施を行っている。医療の質の向上に向けて各科で症例検討会を開催している。臨床指標・質指標に関しては、病院ウェブサイトにてDPCデータを用いた「病院指標」を掲示し、診療実績等を含むクリニカルインディケータについては、AMGグループのQIに参加し、グループ内での自施設の立ち位置を明確に把握し、質向上に取り組んでいる。業務の質改善では部門横断的な活動が行われ、患者満足度調査や患者からの投書を活用し改善している。新たな診療・治療方法等の導入においては、組織的な対応手順が定められている。新しい手術を実施する際には、倫理委員会に倫理申請しているかどうかを必ず医師に確認することになっており、医薬品等の適

応外使用に関しても、倫理委員会で審議される仕組みである。

各職種の病棟責任者については、分かりやすく表示し、主治医不在時の責任体制も明確になっている。診療記録は、電子カルテにより情報共有され、サマリー作成率も適切である。今後、診療録記載マニュアルの徹底と、質的点検の充実が期待される。各職種の専門知識・技術等を活かした多職種が連携したチームを数多く構成して診療・ケアを行っている。

## 5. 医療安全

副院長を責任者とする医療安全部門を設置し、医療安全管理者、医薬品安全管理責任者、放射線安全管理責任者、医療機器安全管理責任者の責任と権限は明確にされ、各責任者の連携も図られており、組織横断的な安全管理に取り組んでいる。アクシデント・インシデント報告書の提出体制が定められ、医療安全カンファレンスを開催しており、収集された事例は、月1回のリスクマネジメント委員会で分析し改善策が検討され、病院長と多職種による院内ラウンドにより改善に向けた取り組みを評価している。

患者・部位・検体の誤認防止は対応手順が定められている。医師の指示、看護師等の指示受けの仕組みは確立しており、パニック値は検査技師が主治医に直接電話し、主治医不在時は当該診療科の医師に連絡しており適切である。薬剤の安全な使用に向けて重複投与・相互作用・副作用について処方鑑査している。また、薬剤科の棚は複数規格や類似薬は位置を変えて調剤間違いを防止する工夫をしている。入院時全患者に対し転倒・転落アセスメントを行い、リスクがある患者には看護計画を立案し、対策を実施している。医療機器は操作手順書が作成され、機器使用についての勉強会も開催されており適切である。院内緊急コードを設定し、救急カートやAED等の必要な機器が各所に配置され、BLS研修を全職員対象に開催するなど、患者等の急変時に適切に対応している。

## 6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制として、マニュアルが整備され、感染対策室を設置し、感染制御の管理者として専従の看護師を配置している。毎週、抗菌薬・耐性菌・環境ラウンドを実施し、院内感染防止に努めている。相互評価や合同カンファレンスを実施し、地域の他病院とも情報交換している。ターゲットを定めたサーベイランスを行い、JANISに参加し情報の収集と分析・検討を行っている。アウトブレイクは感染症ごとに定義し、迅速な対応を可能とする体制・手順を整備するなど、感染制御に向けた体制と情報収集は適切に行われている。

標準予防策および感染経路別予防策を遵守し、感染を制御するための活動を行っている。手指衛生は、速乾性手指消毒剤の使用状況をモニタリングし、個人防護用具は適切に使用されている。感染性廃棄物の廃棄、一時保管も適切である。抗菌薬の採用・削除は、薬事委員会で審議している。抗菌薬適正使用マニュアルを整備し、許可制・届出制の薬剤があり、周知徹底されている。抗菌薬適正ラウンドを行い、感染相談にASTが対応するなど、抗菌薬を適正に使用している。

## 7. 地域への情報発信と連携

広報活動委員会を中心に院内外の情報を集約し、ホームページや広報誌等で情報発信をしている。患者や地域の医療機関向けの利用案内に加えて、各診療科や各部門の紹介も掲載し、利用される側の視点でホームページを作成しており、評価できる。地域連携室が設置され、紹介・逆紹介の対応や入退院の支援を行い、地域の医療機関の情報を一元管理している。顔の見える連携づくりに取り組み、MRI や CT の共同利用等を行い、迅速な返書や情報提供に努め、他の医療関連施設等と適切に連携している。地域住民向けに、定期的に市民公開講座や健康教室を開催していたが、コロナ禍のため代わりに Web を活用して教育・啓発活動に継続的に取り組んでいる。地域の医療機関に向けて、薬剤ニュースを毎月配布し、クラスター発生の施設に看護師を派遣するなど、地域に向けて適切に活動を行っている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

総合受付に看護師等を配置し、患者の円滑な診察を支援している。入院の必要性は、担当医師の医学的判断により患者・家族の要望に対応し、同意を得て決定している。病棟では、医師は毎日回診し、病態の把握、検査・治療の評価を行い、看護師は看護管理業務基準、看護基準・手順に即した看護業務を行っている。投薬・注射はおおむね適切に実施されており、輸血・血液製剤の投与は、必要性和リスク等の説明が患者に対して実施され、院内手順に則って確実・安全に実施されている。周術期の対応では、全身麻酔症例に麻酔科医が全て関与し、事前の診察と説明および手術後の患者訪問を行っている。重症患者については、各病棟の重症患者の管理に対応する病室に重症患者を優先して入院させており、入室基準に沿った運用を行っている。褥瘡の予防・治療では、多職種による褥瘡チームカンファレンスで、要因分析、処置の検討・栄養評価・リハビリテーションによるポジショニングの指導、提案など統一したケアの実践に向けて積極的に検討を行っている。症状などの緩和では、麻薬の使用の際は必要時緩和ケアチームが適切に介入して適切に活動している。リハビリテーションの確実・安全な実施では、患者・家族の要望に対応して安全なリハビリテーションを実施し、適宜評価を行っている。身体抑制を出来るだけ行わない方針があり、やむを得ず身体抑制が必要な場合は、カンファレンスを行い、経過観察、解除に向けた取り組みを行っている。退院支援は入院時より介入し、リスクのある場合は、退院支援看護師や社会福祉士が患者・家族と面談後、多職種でカンファレンスを行い、患者・家族の意向を考慮した退院支援計画書を作成している。退院後に外来での継続的な診療・ケアが必要な患者については、サマリーなどで情報共有を図り、在宅支援が必要な場合は、ケアマネージャーや法人の訪問看護ステーション、それ以外の訪問看護ステーション、法人の在宅診療医と退院支援カンファレンスなどを行い連携している。ターミナルステージへの対応は基準が明確で、患者の意思に沿ったケアが提供できるよう緩和ケアチームと病棟スタッフが情報を共有し、患者・家族の心理状態や QOL に配慮し、患者の尊厳を保つケアを提供している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、処方鑑査、持参薬の鑑別、1 施用ごとの払い出しなどが適切に行われている。臨床検査機能では、検体検査は外部委託され、生理機能検査は夜間・休日を含め 24 時間体制で検査ニーズに応えている。異常値・パニック値などの把握や報告も、確実に実施されている。画像検査機能は、24 時間対応可能であり読影は常勤医が 100% 行い、非常勤医がダブルチェックしている。読影レポートの未読確認は手作業でも確実に報告が実施されており評価できる。栄養管理機能では、管理栄養士のもと、衛生的に確実・安全な食事を提供している。リハビリテーション機能では、療法士が各科カンファレンスに参加して多職種と情報共有し必要なりハビリテーションを実施している。診療情報管理機能では、チェックリストをもとに全退院患者の量的点検を実施し、結果を診療録管理委員会に報告している。医療機器管理機能では、医療機器が一元管理され、医療機器安全委員会での医療機器の標準化の検討や機器の使用・管理手順の整備等、医療機器安全管理責任者を中心に組織的に取り組んでいる。洗浄・滅菌機能では、各種のインディケータを用いて質の管理を行っている。

病理診断機能では、法人グループ病院の協力に対応し、報告書も確実に確認されている。毒物・劇物の払い出しは適切な管理が望まれる。輸血・血液管理機能では、輸血室に兼任医師と担当検査技師を配置し、自記温度記録計付き専用保冷庫・冷凍庫による保管・管理状況も適切である。手術・麻酔機能では、安全・円滑に手術室を運営している。救急医療機能では、原則断らない方針で、虐待を疑う場合のマニュアルも整備され適切である。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は病院会計準則に基づき、予算編成や収支計画、財務諸表を作成し、内部監査と外部監査を実施している。実績管理は幹部会等で把握され、その結果をもとに課題の把握と解決策を検討している。医事業務は、会計業務の一連の流れ、返戻・査定への対応、施設基準を順守する体制、未収金管理が適切に行われている。業務委託は担当部署と総務課を中心に検討され、実施状況の把握と質検討が行われている。

施設・設備は年間保守計画が作成され、日常点検・定期点検が適切に行われている。物品管理は SPD システムが導入され、薬事委員会や物品管理委員会等で比較検討している。発注から納品までの一連の工程は内部牽制機能が発揮されており、ディスプレイ製品の再利用は行わない方針である。

災害時の対応は、マニュアルや緊急連絡網が整備され、消防訓練や防災訓練が定期的に行われている。飲料水・食料品ともに患者用、職員用を備蓄し、災害時優先電話や衛星電話を完備している。保安業務は巡視体制を整備し、警察 OB を配置し、防犯カメラが各所に設置され常時監視している。

### 1 1. 臨床研修、学生実習

現在、基幹型・協力型としての初期臨床研修医を受け入れる体制にはない。医師以外の専門職種の初期研修プログラムが整備され、計画に沿って実施されている。

看護師・薬剤師・理学療法士等の養成学校から実習生を受け入れ、実習マニュアルに基づき対応している。実習生の誓約書、ワクチンの接種状況や健康状態を確認しながら受け入れており適切である。

# 1 患者中心の医療の推進

## 評価判定結果

1.1	患者の意思を尊重した医療	
1.1.1	患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている	A
1.1.2	患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている	A
1.1.3	患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している	A
1.1.4	患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している	A
1.1.5	患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している	A
1.1.6	臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる	A
1.2	地域への情報発信と連携	
1.2.1	必要な情報を地域等へわかりやすく発信している	A
1.2.2	地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している	A
1.2.3	地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている	A
1.3	患者の安全確保に向けた取り組み	
1.3.1	安全確保に向けた体制が確立している	A
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	A
1.4	医療関連感染制御に向けた取り組み	
1.4.1	医療関連感染制御に向けた体制が確立している	A
1.4.2	医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている	A
1.5	継続的質改善のための取り組み	
1.5.1	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	A
1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	B

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	A
1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を導入している	A
1.6	療養環境の整備と利便性	
1.6.1	患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	A
1.6.2	高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	A
1.6.3	療養環境を整備している	A
1.6.4	受動喫煙を防止している	A

## 2 良質な医療の実践 1

### 評価判定結果

2.1	診療・ケアにおける質と安全の確保	
2.1.1	診療・ケアの管理・責任体制が明確である	A
2.1.2	診療記録を適切に記載している	B
2.1.3	患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している	A
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	A
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	A
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	A
2.1.7	医療機器を安全に使用している	A
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	A
2.1.9	医療関連感染を制御するための活動を実践している	A
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	A
2.1.11	患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に対応している	A
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	A
2.2	チーム医療による診療・ケアの実践	
2.2.1	来院した患者が円滑に診察を受けることができる	A
2.2.2	外来診療を適切に行っている	A
2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.4	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.5	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.6	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.7	患者が円滑に入院できる	A

2.2.8	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.9	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	投薬・注射を確実・安全に実施している	B
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.13	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.15	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.17	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.18	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A
2.2.19	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.20	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.21	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	A

## 3 良質な医療の実践 2

### 評価判定結果

3.1	良質な医療を構成する機能 1	
3.1.1	薬剤管理機能を適切に発揮している	A
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	A
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	A
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	A
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	A
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	A
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	A
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	A
3.2	良質な医療を構成する機能 2	
3.2.1	病理診断機能を適切に発揮している	A
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	NA
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	A
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	A
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	NA
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	A

## 4 理念達成に向けた組織運営

### 評価判定結果

4.1	病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ	
4.1.1	理念・基本方針を明確にしている	A
4.1.2	病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している	A
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	A
4.1.4	情報管理に関する方針を明確にし、有効に活用している	A
4.1.5	文書管理に関する方針を明確にし、組織として管理する仕組みがある	A
4.2	人事・労務管理	
4.2.1	役割・機能に見合った人材を確保している	A
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	A
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	A
4.2.4	職員にとって魅力ある職場となるよう努めている	A
4.3	教育・研修	
4.3.1	職員への教育・研修を適切に行っている	A
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	A
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	A
4.3.4	学生実習等を適切に行っている	A
4.4	経営管理	
4.4.1	財務・経営管理を適切に行っている	A
4.4.2	医事業務を適切に行っている	A
4.4.3	効果的な業務委託を行っている	A

4.5	施設・設備管理	
4.5.1	施設・設備を適切に管理している	A
4.5.2	物品管理を適切に行っている	A
4.6	病院の危機管理	
4.6.1	災害時の対応を適切に行っている	A
4.6.2	保安業務を適切に行っている	A
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	A

年間データ取得期間： 2021年 4月 1日～2022年 3月 31日  
 時点データ取得日： 2022年 4月 1日

## I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 医療法人社団協友会 船橋総合病院  
 I-1-2 機能種別： 一般病院2  
 I-1-3 開設者： 医療法人  
 I-1-4 所在地： 千葉県船橋市北本町1-13-1

## I-1-5 病床数

	許可病床数	稼働病床数	増減数(3年前から)	病床利用率(%)	平均在院日数(日)
一般病床	246	246	+0	86.2	18.8
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	246	246	+0		

## I-1-6 特殊病床・診療設備

	稼働病床数	3年前からの増減数
救急専用病床		
集中治療管理室 (ICU)		
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)		
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)		
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室		
人工透析	36	+5
小児入院医療管理料病床		
回復期リハビリテーション病床	46	+0
地域包括ケア病床		
特殊疾患入院医療管理料病床		
特殊疾患病床		
緩和ケア病床		
精神科隔離室		
精神科救急入院病床		
精神科急性期治療病床		
精神療養病床		
認知症治療病床		

## I-1-7 病院の役割・機能等

DPC対象病院(Ⅲ群)

## I-1-8 臨床研修

## I-1-8-1 臨床研修病院の区分

- 医科  1) 基幹型  2) 協力型  3) 協力施設  4) 非該当  
 歯科  1) 単独型  2) 管理型  3) 協力型  4) 連携型  5) 研修協力施設  
 非該当

## I-1-8-2 研修医の状況

研修医有無  1) いる 医科 1年目： 人 2年目： 人 歯科： 人  
 2) いない

## I-1-9 コンピュータシステムの利用状況

電子カルテ  1) あり  2) なし 院内LAN  1) あり  2) なし  
 オーダリングシステム  1) あり  2) なし PACS  1) あり  2) なし

